



# RECERTIFICACIÓN DE AYUDA MÉDICA

DOH/61MRS 9/00

Esta recertificación es para el mes de \_\_\_\_\_ ATENCIÓN: Si no llena esta forma, los beneficios de asistencia de \_\_\_\_\_ serán demorados o terminados. Llene esta forma y devuélvala a la dirección de abajo antes del día \_\_\_ de \_\_\_\_\_. Usted puede llamar al \_\_\_\_\_ si necesita ayuda con esta forma.

Customer Address

Return Address

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Le gustaría recibir información de como solicitar estampillas de comida? **9 Sí 9 No**

**Esta forma es para ver si usted sigue calificando para Medicaid.**

- 4 Conteste **TODAS** las preguntas. Asegurese de poner su firma y la fecha.
- 4 Envie copias de los talones recibidos por su familia en los últimos 3 meses . Se pedirán otras pruebas si es necesario.
- 4 Regrese esta forma con los papeles requeridos a su trabajador(a) de Medicaid.

**¿Quién Vive En Su Hogar?** Apunte todas las personas. **Empieze con usted.**

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento
ì			õ		
í			ñ		
î			þ		
ï			ß		

Si alguna persona se ha integrado a su hogar desde su última recertificación ó solicitud nueva, por favor complete la siguiente información con respecto a esta persona.

Nombre	Relación	Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Edad	Número de seguro social*	Ciudadano* Si / No
ì							
í							
î							

\* Provea el numero de Seguro Social y la residencia para todas las personas que estan aplicando para asistencia medica.

4 ¿Quiere que le ayude un amigo o pariente con su caso? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre, dirección y número de teléfono. \_\_\_\_\_

4 ¿Hay alguien en la escuela mayor de 16 años? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la escuela. \_\_\_\_\_

4 ¿Hay alguien que esté embarazada en su hogar? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la fecha de parto. \_\_\_\_\_

4 ¿Hay alguien que este incapacitado(a) en su hogar? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la condición. \_\_\_\_\_

**Bienes** - Apunte todos los bienes que usted y todas las personas en su hogar tienen. Bienes incluyen cuentas bancarias, efectivo, IRA/401K, acciones/bonos, seguros de vida/fondos de entierro, casas, propiedades, ganado, trailers, fondos fiduciarios, etc. Incluya muebles de su casa que valgan más de \$500.00. Se le pídiera verificaciones de estos bienes.

Tipo de Bienes/Nombre del Banco	Dueños	Balance/ Valor	Cantidad Debida

**Vehículos** (Carro, Motos de Nieve, Motos, Otro Vehículo, Camioneta/Van, Casa Móvil, Lanchas/Barcas)

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año	Registrado Sí/No #de Placa / Estado	Dueños	Cantidad Debida	Valor Actual

**Ingresos** - Para cada miembro de su hogar, apunte todos los ingresos que él o ella reciben. Incluya ingresos de Pagos Alimenticios, Pensiones, Seguro Social, Sustento Infantil, Desempleo, Sueldo, Trabajo por su propia cuenta, etc.

Nombre	Fuente	Cantidad Mensual	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía donde trabaja.	Cuántas horas trabaja por semana	Cuando le pagan	Sueldo por hora
	ì					
	í					
	ì					
	í					
	ì					
	í					

- 4 Si ha cambiado de empleo, ¿cuándo cambió? \_\_\_\_\_
- 4 ¿Espera tener cambios en sueldo o en horas de trabajo? ..... 9 Sí 9 No  
 Explique: \_\_\_\_\_
- 4 ¿Hay alguien que le ayuda a pagar la renta, comida, o utilidades o trabaja usted a cambio de pagar los gastos de renta, comida, o utilidades? ..... 9 Sí 9 No  
 Explique: \_\_\_\_\_
- 4 ¿Hay alguien en su hogar que recibe pagos de SSI o los ha recibido anteriormente? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la razón por la cual dejó de recibir los pagos de SSI: \_\_\_\_\_
- 4 ¿Alguien ha solicitado ayuda para recibir SSI, SSA, VA, desempleo, o compensación para el trabajador? ..... 9 Sí 9 No  
 Explique: \_\_\_\_\_

**Gastos** - Se le requerirá verificaciones de sus gastos.

- 4 ¿Hay alguien en su hogar que es conyuge o padre de una persona incapacitada que provee sustento infantil? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la cantidad: \_\_\_\_\_
- 4 ¿Le paga a alguien para el cuidado de sus niños mientras usted trabaja? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte el nombre y la cantidad que paga. \_\_\_\_\_
- 4 Si tiene una incapacidad, ¿tiene gastos en el trabajo relacionados con esta? ..... 9 Sí 9 No  
 Apunte los gastos \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
<b>Í</b> ¿Hay alguien en su hogar que tiene seguro médico? ..... ' Sí ' No Nombre de la compañía de Seguros _____ # Teléfono _____ Cantidad mensual \$ _____	
<b>Ï</b> ¿Alguien en su hogar a sido herido en un accidente o asalto? ..... ' Sí ' No Nombre de la persona herida _____ Fecha del incidente _____	
<b>Ð</b> ¿Tiene usted necesidad de atención médica extensiva (incluyendo un parto)? ..... ' Sí ' No ¿Tiene seguro médico disponible al cual no se ha inscrito? ..... ' Sí ' No ¿Ha tenido seguro médico en los últimos 60 días? ..... ' Sí ' No	
<b>Ñ</b> ¿Hay alguna persona obligada de pagar los gastos médicos para alguien en su familia? ..... ' Sí ' No Nombre de la persona _____ Número de Teléfono _____	

INFORMACIÓN DE ELECTORES	
<b>¿Si no está registrado para votar donde vive ahora, le gustaría hacerlo hoy mismo en este lugar? ..... G Sí G No</b>	
Si no marca uno de los cuadros, pensaremos que usted ha decidido no registrarse en este tiempo. Usted puede llenar la solicitud con privacidad. Si usted necesita ayuda en completar la solicitud de registro para votar, podemos ayudarle. La decisión de pedir ayuda es suya. El hecho que usted decidió registrarse para votar, no afectará la cantidad de ayuda que usted va a recibir de esta agencia. Si usted cree que alguien ha introyenido con su derecho de registrarse para votar o con su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, se puede quejar con el Lt. Governor, Olene S. Walker, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT 84114.	

**L ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE QUE COMPRENDA ESTA INFORMACIÓN 7**

- Si usted recibe ayuda médica, su caso se cerrará al final del mes de recertificación si no llena esta forma. Sus beneficios se pueden demorar si usted regresa las verificaciones tarde. Si tiene una razón por la cual no puede completar su recertificación a tiempo, por favor llame a su trabajador(a). El trabajador decidirá si su caso se cerrara o no. Si usted piensa que esta acción no es justa, puede pedir una audiencia con un juez imparcial. Tiene que hacer esta petición dentro de 30 días a partir de la fecha que su caso se cerro. La solicitud para audiencia se encuentra en la parte de atrás de la carta que le notificó que su caso se ha cerrado.
- Yo testifico que todos los miembros de mi hogar son ciudadanos Estadounidenses o inmigrantes legales, con la excepción de los que sólo estén solicitando servicios de emergencia. El Departamento de Salud verificará el estado legal con el Servicio de Naturalización e Inmigración (INS). El Departamento de Salud no reportará los inmigrantes indocumentados al INS.
- Todos los miembros de mi hogar obedeceran las reglas de los programas de ayuda médica. Si yo recibo ayuda médica, a la cual no tengo derecho, yo tengo la responsabilidad de pagar todos los servicios que haya recibido. El servicio médico es sólo para las personas cuyos nombres aparecen en la tarjeta médica.
- Si el Departamento de Salud paga mis gastos médicos, yo le doy los derechos de recibir pagos de cualquier tercera parte y beneficios médicos. Yo le daré al Departamento cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien obligado de pagarme los servicios médicos. Yo autorizo el pago directo al Departamento de Salud o a la Oficina de Servicios de Recuperación ORS, y no le hago responsable a ningún otro partido que haga pagos a los departamentos. Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado de Utah en establecer ayuda médica para mi familia y en perseguir cualquier tercer parte responsable de pagar los gastos médicos de mi familia. Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado de Utah en establecer y en coleccionar sustento infantil para mi familia. El Estado de Utah tiene el derecho de cobrar de mi herencia todo el dinero gastado en mis cuentas médicas si recibo Medicaid en cualquier tiempo mientras tenga 55 años o más.
- Yo estoy de acuerdo que la ayuda que recibo bajo cualquier programa médico es limitada como se describe en los Manuales de Proveedores que ha escrito el Departamento de Salud. Yo entiendo que los beneficios que recibo, pueden cambiarse sin mi conocimiento ni permiso.
- Yo autorizo a cualquiera persona u organización de entregar, al Departamento de Salud, División de Financiamiento de Salud o su designado, reportes médicos o información tocante a mi salud o la de mi familia. El Departamento de Salud y la agencia de empleo pueden dar, a los médicos, información tocante a mi solicitud de ayuda médica.
- Yo autorizo que CUALQUIER INFORMACIÓN DADA EN ESTA SOLICITUD PUEDA SER VERIFICADA. Mis beneficios médicos pueden ser reducidos, rechazados o terminados por causa de esta información verificada. Yo entiendo que la falta de no reportar cambios o dar información falsa en esta solicitud o en una posteriormente, puede resultar en un procedimiento legal de fraude. Yo entiendo que puedo pedir una audiencia con un juez imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a mi solicitud.

**¡¡AVISO!! Es su obligación de reportar cambios tocante a su caso dentro de 10 días. No demore en reportar los cambios. Los cambios pueden afectar su elegibilidad. Si recibe beneficios a los cuales no tiene derecho, tendrá que re-embolsar estos.**

**REPORTE:** CAMBIOS EN LA FUENTE DE INGRESOS O CAMBIOS MÁS DE \$25 EN INGRESOS O GASTOS  
CAMBIOS DE LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PAGAR SUSTENTO INFANTIL  
CAMBIOS EN ESTADO CIVIL O EN VIVIENDA  
CAMBIOS DE BIENES, CAMBIOS DE SEGURO MÉDICO

*Yo comprendo estas declaraciones. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que he dado en esta recertificación son ciertas y completas. Yo, soy la persona representada en esta firma y en este documento.*

Firma o Marca del solicitante	Firma del Conyuge o Representante	Fecha
<b>Esta Sección La Completara Su Trabajador(a)</b>		
Worker Name: _____		
<input type="checkbox"/> Wage Screens	<input type="checkbox"/> ORSIS	<input type="checkbox"/> Medicare Cost Sharing (QMB, SLMB, QI'S) <input type="checkbox"/> 476
<input type="checkbox"/> Vehicle Screens	<input type="checkbox"/> New Hire	<input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Estate Recovery (55+)
<input type="checkbox"/> INME	<input type="checkbox"/> Duty of Support (619A Updated) _____	<input type="checkbox"/> HMO/PCP _____
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied - Reason _____	Date _____
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied - Reason _____	Date _____
NOTES:		